

# Przyczyny, częstość występowania i historia naturalna omdleń

Piotr Kułakowski

Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

## Przyczyny omdleń

Istnieje wiele podziałów przyczyn omdleń. Uproszczony schemat przedstawiony jest na rycinie 1. Przyczyny neurologiczne i inne nie będą tu omawiane, natomiast przyczyny kardiologiczne wymagają kilku słów komentarza. I tak zaburzenia naczynioruchowe są od niedawna wyróżnianą grupą przyczyn utrat świadomości. Właśnie u chorych z omdleniami o tym charakterze najważniejsze znaczenie diagnostyczne ma test pochyleniowy. Obecnie uważa się, że szczególnie u osób bez organicznej choroby serca zasłabnięcia odruchowe, a zwłaszcza omdlenie wazowagalne, stanowią najczęstszy mechanizm utrat przytomności, sięgając 40% wszystkich przypadków [1]. W tej grupie zasłabnięć wyróżnia się m.in. zasłabnięcia wazowagalne, hipotonię ortostatyczną i zespół nadwrażliwej zatoki szyjnej. Z kolei wśród zasłabnięć wazowagalnych, wywoływanych podczas testu pochyleniowego, Sutton i wsp. [2] wyróżniają kilka podtypów (tab. 1).

Drugim mechanizmem omdleń jest spadek rzutu serca, wywołany przyczynami mechanicznymi, takimi jak zaburzenia kurczliwości w następstwie zawału serca, tamponady, kardiomiopatii czy wady zastawkowej. Jak jednak niedawno udowodniono, również i w tych stanach chorobowych przyczyną spadku przepływu mózgowego i omdlenia nie jest wyłącznie mechaniczne utrudnienie przepływu krwi, ale mechanizmy odruchowe podobne do tych, które leżą u podłoża omdleń wazowagalnych [3].

Spadek rzutu serca może być również wywołany niemiernością rytmu serca, zarówno brady-, jak i tachyarytmią. Ten mechanizm omdleń częściej występuje u chorych z organicznym uszkodzeniem mięśnia serca, a w procesie diagnostycznym ważniejsze zwykle od testu pochyleniowego jest zarejestrowanie samoistnej, objawowej arytmii (Holter, rejestratory zdarzeń) lub wywołanie arytmii podczas badania elektrofizjologicznego.

Hipowolemia jako przyczyna omdlenia nie wymaga komentarza.

## Częstość występowania omdleń

W statystykach zachodnich omdlenia stanowią 1–6% wszystkich przyczyn hospitalizacji [1], a u co najmniej 3% ogólnej populacji występuje pełnoobjawowe omdlenie w czasie 25-letniej obserwacji [4]. Inni oceniają, że 12–48% zdrowych osób mdleje przynajmniej jeden raz w życiu [5]. Dane dotyczące polskiej populacji są bardzo skąpe. Według Wrabeca, omdlenie było przyczyną 5% wszystkich przyjęć na oddział internistyczny [6]. Jednakże szukanie porady u lekarza z powodu omdlenia jest niewątpliwie znacznie częstsze. Szacunkowe dane wskazują, że omdlenie lub utrata przytomności są przyczyną około 30% wezwań pogotowia ratunkowego w rejonie szpitala, w którym pracuję (dane niepublikowane).

## Historia naturalna omdleń

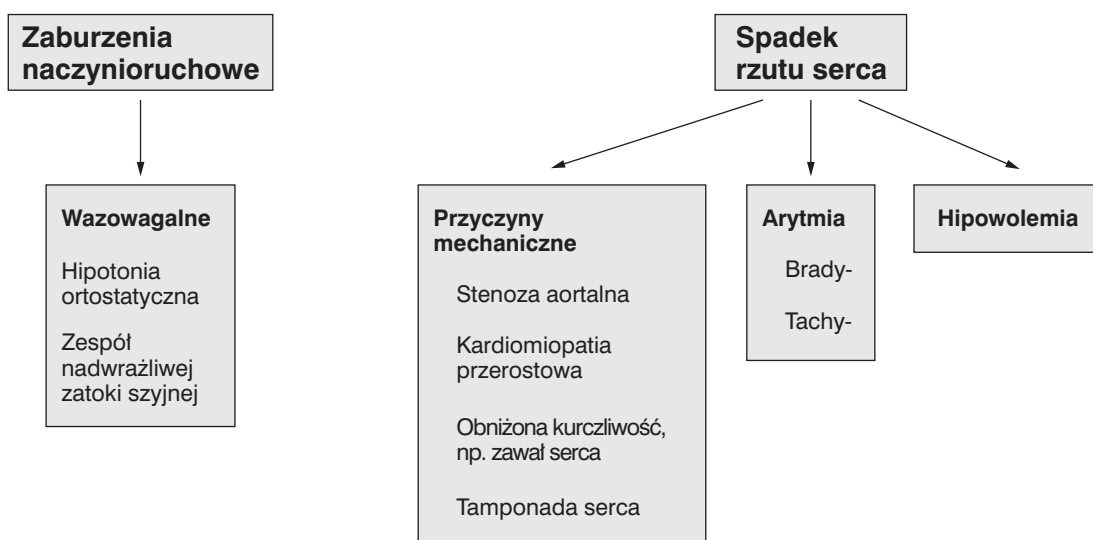
Ryzyko nawrotu omdlenia u badanej osoby jest często trudne do oszacowania, gdyż naturalny przebieg choroby jest nieprzewidywalny; u niektórych osób po okresie częstych omdleń następuje wieloletni okres spokoju. Niektórzy wykazali, że spośród osób z dodatnim wynikiem testu pochyleniowego i wywiadem omdlenia nawroty występują tylko u 10–30% osób [7–9]. Okazuje się, że wybitnie dodatni

Adres do korespondencji:  
dr hab. med. Piotr Kułakowski  
Klinika Kardiologii CMKP w Warszawie  
ul. Grenadierów 51/59, 04–073 Warszawa

**Tabela 1**

Klasyfikacja omdleń wazowagalnych według Suttona i wsp. [2]

<b>Typ 1. Mieszany</b>	Częstość serca początkowo przyspiesza się, a następnie zwalnia w czasie zasłabnięcia, ale nie $< 40/\text{min}$ , lub, jeśli $\leq 40/\text{min}$ , to bradycardia nie trwa $> 10$ s. Ciśnienie tętnicze obniża się przed wystąpieniem zwolnienia czynności serca.
<b>Typ 2A. Kardiodepresyjny</b>	Częstość serca początkowo przyspiesza się, a następnie zwalnia $< 40/\text{min}$ na dłużej niż 10 s lub występuje asystolia $> 3$ s. Ciśnienie tętnicze obniża się znacznie przed wystąpieniem zwolnienia czynności serca.
<b>Typ 2B. Kardiodepresyjny</b>	Częstość serca początkowo przyspiesza się, a następnie spada $< 40/\text{min}$ na dłużej niż 10 s lub występuje asystolia $> 3$ s. Występuje tylko niewielka hipotonia ( $< 80$ mm Hg).
<b>Typ 3. Wazodepresyjny</b>	Częstość serca stopniowo przyspiesza się i w czasie omdlenia nie zwalnia się o $> 10\%$ w stosunku do wartości szczytowych. Ciśnienie tętnicze obniża się, wywołując omdlenie.



**Ryc. 1.** Kardiologiczne przyczyny utrat przytomności

**Fig. 1.** Cardiac causes of syncope

wynik testu pochyleniowego (asystolia  $> 5$  s) nie wskazuje wcale na zwiększone ryzyko nawrotu omdlenia [9, 10]. Możliwe jest również, że sama porada lekarska oraz wykonanie testu pochyleniowego powodują, że chorzy potrafią przeciwdziałać wystąpieniu omdlenia, na przykład poprzez przyjmo-

wanie siedzącej lub leżącej pozycji ciała w momencie pojawienia się objawów prodromalnych. Wszystko to sprawia, że nierzadko trudno jest ocenić skuteczność zastosowanego leczenia, zarówno analizując częstość samoistnych nawrotów, jak i wykonując kolejne testy pochyleniowe.

## Piśmiennictwo

1. Benditt D.G., Ferguson D.W., Grubb B.R. i wsp. Tilt-table testing for assessing syncope. ACC expert consensus document. J. Am. Coll. Cardiol. 1996; 28: 263–275.
2. Sutton R., Petersen M., Brignole M. i wsp. Proposed Classification for tilt induced vasovagal syncope. Eur. JCPE 1992; 3: 180–183.

3. Grubb B.P., Wolfe D., Samoil D. Recurrent unexplained syncope in the elderly: the use of head up-right tilt-table testing in evaluation and management. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1992; 40: 1123–1128.
4. Savage D.D., Corwin L., Mc Gee D.L. i wsp. Epidemiologic features of isolated syncope: the Framingham Study. *Stroke* 1985; 16: 626–629.
5. Kapoor W.N. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine (Baltimore)* 1990; 69: 160.
6. Wrabec K. Omdlenie: Przyczyny, znaczenie, postępowanie diagnostyczne. *Kardiol. Pol.* 1993; 38: 119–125.
7. Morillo C.A., Leitch J.W., Yee R. i wsp. A placebo controlled trial of intravenous and oral disopyramide for prevention of neurally mediated syncope. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1993; 22: 1843–1848.
8. Brignole M., Menozzi C., Gianfranchi L. i wsp. A controlled trial of acute and long-term medical therapy in tilt-induced neurally mediated syncope. *Am. J. Cardiol.* 1992; 70: 339–342.
9. Morillo C.A., Ellenbogen K.A., Klein G.J. Head-up tilt-testing: the balance of evidence (list). *Br. Heart. J.* 1995; 73: 583.
10. Dhala A., Natale A., Sra J. i wsp. Relevance of asystole during head-up tilt-testing. *Am. J. Cardiol.* 1995; 75: 251–254.